

## Nouvelle mise à jour du livret du médicament adulte, version 1.3 - mai 2026

Grâce à vos retours et son utilisation au quotidien, le livret du médicament adulte continue à vivre.

Une nouvelle version 1.3 vous est proposée, avec quelques modifications et évolutions notables, comme :



- Un sommaire identique entre la version numérique et la version "poche" : DCI et NC
- Un lien de retour au sommaire principal dans chaque fiche du médicament (version numérique)
- Adrénaline "anaphylaxie" : suppression des bolus IVD / Débuter IVSE après les 2 doses IM
- Altéplase "EP" : protocole accéléré
- Atropine
- Emulsion lipidique : posologie selon recommandation SFAR
- Potassium chlorure : erreur sur l'unité de concentration

Par ailleurs, un recueil de toutes les évolutions du livret est ajouté sur le site et l'application Urg'Ara. Vous pourrez ainsi ajuster directement dans vos livrets imprimés les éléments modifiés ou/et suivre les évolutions.

**Commandez votre livret papier directement sur la page d'accueil du site [Urg'Ara](#)**

## Plusieurs groupes de travail s'organisent sur l'automne 2026 : Rejoignez-nous !

Urgences ORL-CMF : réflexion avec les chirurgiens maxillo-facial et ORL de la région sur la prise en charge des urgences CMF traumatologiques : fracture mandibule, orbite, sinus frontal, maxillaire...

Une 1<sup>re</sup> réunion de travail est prévue **le mardi 6 octobre de 14h à 16h**

N'hésitez pas à faire suivre à vos équipes de chirurgiens ORL et CMF

Personne âgée : réflexion via un nouveau groupe de travail de la filière sur la régulation de la personne âgée : pertinence du recours aux urgences / directives anticipées / parcours patient optimisé.

Tous les volontaires : médecins urgentistes, ARM, IDE et AS en Service d'Urgence, seront les bienvenus !

Date de travail à venir

Psychiatrie : réflexion sur la prise en charge de la crise suicidaire avec les coordinateurs Vigilans des 4 territoires de la région.

Une 1<sup>re</sup> réunion de travail est prévue **le mardi 29 septembre de 14h à 16h**

Nous recherchons des médecins urgentistes, des IDE en SU, des IDE d'antenne psy, des psychologues, seront les bienvenus !



Si ces thématiques vous intéressent et/ou si des collègues vous semblent pertinents pour apporter leur expertise dans ces différents domaines, n'hésitez pas à revenir vers nous via la boîte mail [urgara@urgences-ara.fr](mailto:urgara@urgences-ara.fr)

# Référentiel filière SSE

Nouveau référentiel travaillé par la filière SSE et l'ESR de zone

Triage Médical		Définition	Prise en charge	Évacuation
UA	<b>EU</b> (Extrême Urgence)  Blessé en danger de mort à très court terme	<b>Traumatisés sévères Grade A</b> <b>Hémorragie massive non contrôlée</b> État de choc hémorragique non contrôlable Hémorragie extériorisée active non contrôlable <b>Détresse respiratoire</b> (également persistante malgré le traitement) Détresse respiratoire avec hypoxie sous O <sub>2</sub> (cyanose, FR > 30 ou < 10) non corrigée Atteintes thoraciques ou cervico-faciales entraînant une asphyxie <b>Trouble de conscience avec GCS ≤ 8 ou avec signe de focalisation</b>	Immédiat	Évacuation la plus rapide après conditionnement minimal (damage contrôle, traitements de sauvetage)
	<b>U1</b>  Blessé provisoirement stabilisé par des gestes d'urgences	<b>Traumatisés sévères stabilisés Grade B</b> Gros délabrements ou fracas de membres ou des parties molles Hémorragie garrotée Brûlures graves (SCB adulte > 20% ; enfant > 10%) Trouble de conscience sans signe de focalisation et GCS > 8 Hypothermie sévère	Dès que possible	Délai max 6h
<b>UD</b> (Urgence différée)		Victime qui présente au moment du triage médical des lésions incompatibles avec la vie. La notion de dépassement est à évaluer en fonction des circonstances et des moyens médicaux à disposition tout au long de la prise en charge selon instructions du DSM	En fonction des moyens médicaux Selon instructions du DSM	
UR	<b>U2</b>  Distinguer les urgences fonctionnelles à prioriser sur les autres UR (blessures de la sphère ORL, ophtalmologique, stomatologique et main, brûlures circulaires des membres) Brûlures (SCB adulte : 10 à 20% ; enfant : 5 à 10%) Fracture des membres Plaies articulaires et des membres sans délabrement TC sans troubles de conscience Traumatisme vertébro-médullaire sans déficit	Dès que les moyens médicaux le permettent	Délai max 18h	
	<b>U3</b>  Blessé léger qui ne présente aucun des critères ci-dessus		Délai max 36h	
Impliqué		Victime non blessée physiquement, exposée directement à un risque de mort ou de blessure pouvant avoir besoin d'une prise en charge notamment médico-psychologique	Dès que possible au CAI	-
Décédé	Mort	Arrêt cardiaque	PEC médico-légale et judiciaire	

Référence : 202606\_SSE\_Tri\_médical\_contexte\_traumatique\_V1.0

1/1

## Référentiels filière Cerveau

### Nouveau référentiel :

Prise en charge d'une 1<sup>re</sup> crise convulsive travaillée par un groupe de travail composé d'urgentistes et épiléptologues de la région



### Mise à jour des référentiels :

- Suspicion d'AVC
- AVC hémorragique
- Thrombolyse AVC hors UNV
- AIT
- Surveillance TIV hors UNV

**Première crise d'épilepsie de l'adulte au SAU**

Est exclue la prise en charge des crises révélatrices d'un tableau clinique plus complexe (épilepsie, encéphalite, accident vasculaire cérébral, etc...) où l'urgence réside dans la prise en charge de l'étiologie de cette crise et non pas de la crise en elle-même.

Admission : Filière SSE

Validation : Comité scientifique

Date : 06/2026

Versión : V1.0

---

**Prise en charge préhospitalière**

**PREMIER APPEL** → Malade faisant suspecter une crise d'épilepsie d'allure généralisée

- S'assurer de la présence d'une respiration normale
- En l'absence d'arrêt cardio-respiratoire, possibilité d'aligner le patient sur le côté, au **moins** doute ne pas hésiter à débuter une réanimation cardio-pulmonaire (RCP)
- Si trouble de la conscience au moment appelé : **prévenir secours / VLSB**

**Discussion médicalisation préhospitalière si :**

- Trouble de la conscience persistant
- Détresse hémodynamique ou respiratoire
- Métrique des convulsions ≥ 2 consécutives

**BILAN SECURISTE :**

- Constantes : glycémie capillaire, FC, PA, SaO<sub>2</sub>
- Faire rechercher un déficit moteur et/ou du langage (score FAST)
- Rechercher agitations, vomissements labiales de langue, une confusion prolongée
- Faire noter les coordonnées des témoins pour les transmettre à l'équipe soignante des urgences
- Récolter les ordonnances et/ou médicaments et/ou toxiques

---

**Prise en charge hospitalière**

**Tri IOA avec la grille French / GLYCÉMIE CAPILLAIRE / TEMPÉRATURE**

Contexte de consultation avec score Glasgow < 9  <b>Tri 1</b>	Contexte de consultation avec crises multiples ou en cours, confusion, déficit ou fièvre  <b>Tri 2</b>	Récupération complète post-crise  <b>Tri 3B</b>
---	--	---

---

**Prise en charge médicale**

**Anamnèse :** antécédents médicaux, les circonstances de survenue du malaise, la description la plus précise possible du malaise par les témoins, les noms et posologie des traitements éventuels pris par le patient

**Examen clinique neurologique et cardio-vasculaire**

**Biologie :**

- Ionogramme avec glycémie, calcium et magnésium
- Urine, créatinémie
- Bilan hépatique, CRP
- LACTATES veineux (si prélevé < 2h post crise), CPK
- BHCG
- Si doute : toxiques, CO

**Imagerie cérébrale systématique :**

- TDH avec injection au temps artériel (+/-) - veineux en fonction du contexte
- ou si disponible IRM avec injection

---

**Crise épileptique probable**

EEG précoce si disponible idéalement dans les 24-48h après le malaise

**Crise symptomatique aiguë et diagnostics différentiels avec traitement étiologique**

- Cause structurale
- Toxique, OH, sevrage benzodiazépines
- Cause infectieuse ou inflammatoire
- trouble ionique\*
- Trouble métabolique

**Focus crise symptomatique d'un sevrage en alcool :**

- Histoire d'abus chronique d'OH
- Consumption régulière associée à une tentative récente de diminution
- Crise généralisée tonico-clonique associée à des signes cliniques de sevrage OH : tachycardie, sueurs, tremblements...
- Dans les 7 à 48h suivant la dernière prise d'OH
- Prévention de la récurrence par benzodiazépines

---

\* Avis neurologique ou filière locale première crise disponible pour discuter la prise en charge et/ou mise en place d'un traitement antiléptique

Si non en attente consultation ou avis : possible couverture benzodiazépine type UNBANYL 10 mg en une prise le soir (ou 5 mg pour les plus de 60 ans ou les petits poids < 50 kg)

## SAVE THE DATE

- 01/10/2026 => Journée Cerveau / Challes les Eaux (73)
- 16/11/2026 => Ateliers - Revue de dossiers Trauma'Ara arc alpin / Grenoble (38)
- 01/12/2026 => Ateliers Trauma'Ara Auvergne Clermont-Ferrand (63)

Tous nos référentiels sur [www.urgences-ara.fr](http://www.urgences-ara.fr)

